STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

اسم الوالد الوصي
اسم الوالد عير الوصي
رقم حالة IV-D

بيان بالموارد والنفقات

STATEMENT OF RESOURCES AND EXPENSES

(فيما عدا توقيعك، برجاء طباعة أو كتابة كافة الإجابات)

ملاحظة: يجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي خاصتك لقسم دعم الطفل. سوف يستخدم القسم هذا الرقم لأغراض خدمات تنفيذ دعم الطفل كما هو موضح في المادة IV-D من قانون الضمان الاجتماعي.

1. بياناتك الشخصية

الاسم بالكامل	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي

رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل	رقم هاتف المراسلة/الهاتف الخلوي

عنوان المنزل أو صندوق البريد	الحالة الاجتماعية الراهنة
	☐ متزوج ☐ أعذب ☐ منفصل

المدينة الرئيسية	الولاية	الرمز البريدي	اسم الزوج/الزوجة

محل عقد الزواج (المدينة/المقاطعة/الولاية)	تاريخ عقد الزواج

عدد الأطفال المقيمين في منزلي	عدد البالغين المقيمين في منزلي	عنوان البريد الإليكتروني

2. بيانات العمل

أ. بيانات عملك

المهنة	الحالة الوظيفية الراهنة
	☐ أعمل ☐ عاطل ☐ عمل مستقل

اسم صاحب العمل	رقم هاتف صاحب العمل

عنوان صاحب العمل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

اسم الاتحاد	عنوان الاتحاد	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

2. بيانات العمل (متابعة)

ب. بيانات عملك المستقل

ملاحظة: قم بإرفاق نسخة من آخر إقرار ضريبي فيدرالي لعملك كإثبات لدخلك ونفقاتك.

اسم العمل	عنوان العمل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

نوع العمل	رقم التعريف الضريبي للعمل
☐ شركة ☐ شراكة ☐ ملكية منفردة	

الحسابات المصرفية للعمل تقع في

الدخل السنوي الإجمالي للعمل	الدخل السنوي الصافي للعمل

ج. بيانات عمل الزوج/الزوجة الحالي/الحالية

رقم الضمان الاجتماعي	المهنة	اسم صاحب العمل

عنوان صاحب العمل	المدينة	الانتساب لاتحاد

د. بيانات العمل المستقل للزوج/الزوجة الحالي/الحالية

ملاحظة: قم بإرفاق نسخة من آخر إقرار ضريبي فيدرالي لعمل الزوج/الزوجة كإثبات للدخل والنفقات.:

اسم العمل	عنوان العمل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

نوع العمل	رقم التعريف الضريبي للعمل
☐ شركة ☐ شراكة ☐ ملكية منفردة	

الحسابات المصرفية للعمل تقع في

الدخل السنوي الإجمالي للعمل	الدخل السنوي الإجمالي للعمل

ه. التأمين الطبي/الأسنان للأشخاص المعولين

الطبي	اسم وعنوان شركة التأمين الطبي
☐ نعم ☐ لا	

أمراض الأسنان	اسم وعنوان شركة تأمين أمراض الأسنان
☐ نعم ☐ لا	

اسم صاحب بوليصة التأمين الطبي	اسم صاحب سياسة تأمين أمراض الأسنان

3. بيانات الدخل والأصول

أ. الدخل الوارد من جميع الموارد خلال الشهر السابق

راتبك	دخل العمل	دخل الزوج/الزوجة	دخل البالغين الآخرين ضمن عائلتك

مصادر الدخل الأخرى	مجمل الدخل الإجمالي	مجمل الدخل الصافي

3. بيانات الدخل والأصول (متابعة)

ب. الدخل الإجمالي من جميع الموارد خلال 12 شهر الأخيرة

الشهر	الإجمالي الخاص بك	إجمالي الزوج/الزوجة	مورد الدخل (اسم صاحب العمل، الخ)
يناير			
فبراير			
مارس			
إبريل			
مايو			
يونيو			
يوليو			
أغسطس			
سبتمبر			
أكتوبر			
نوفمبر			
ديسمبر			

ج. سندات الادخار

نوع سند الادخار	القيمة الاسمية	نوع سند الادخار	القيمة الاسمية

د. الحسابات البنكية الشخصية

نوع الحساب	اسم وموقع البنك	رقم الحساب	الحساب في نهاية الشهر الماضي
شيكات			
ادخار			
اتحاد ائتمان تعاوني			
أخرى			

ه. الأسهم والسندات

الوصف	عدد الأسهم	القيمة الأصلية

3. بيانات الدخل والأصول (متابعة)

و. العقارات (المملوكة أو المشتراه متضمنة المنزل)

العنوان أو الوصف القانوني	سنة الامتلاك	السندات في حوزة

ز. الممتلكات الشخصية (المملوكة أو المشتراه)

نوع الملكية	الإنتاج	العام	رقم الرخصة ووصفها	السندات في حوزة	المبلغ المدان به
سيارة					
سيارة					
قارب/دراجة بخارية					
قارب/دراجة بخارية					
سيارة معسكرات/سيارة رحلات					
أخرى					
أخرى					
أخرى					
أخرى					
أخرى					
أخرى					

ح. صندوق حفظ الودائع

موقع الصندوق	وصف المحتويات	القيمة الإجمالية

ط. بوليصة التأمين على الحياة

اسم وعنوان شركة التأمين	القيمة النقدية

ك. حسابات التقاعد

نوع الحساب	اسم وعنوان المؤسسة القابضة	رقم الحساب	الرصيد في نهاية الشهر الماضي
حساب تقاعد فردي			
حساب تقاعد فردي			
آخر			

4. بيانات النفقات الشهرية	
أ. السكن	
1. إيجار أو قسط المنزل	
2. الضرائب والتأمين (إن لم تكن مشمولة بالمدفوعات السابقة أعلاه)	
3. إجمالي نفقات السكن (أضف السطرين 1 و2 أعلاه)	
ب. المرافق	
1. التدفئة (الغاز والزيت)	
2. الكهرباء	
3. المياه، الصرف، القمامة	
4. الهاتف	
5. أخرى (قم بتحديدها)	
6. إجمالي نفقات المرافق الشهرية (أضف الأسطر من 1 إلى 5 أعلاه)	
ج. الغذاء	
1. الغذاء لعدد شخص	
2. الوجبات التي تؤكل خارج منزلي	
3. أخرى (قم بتحديدها)	
4. إجمالي نفقات الغذاء الشهرية (أضف الأسطر من 1 إلى 3 أعلاه)	
د. رعاية الأطفال	
1. الرعاية اليومية/مجالسة الأطفال لعدد طفل	
2. الملابس	
3. رسوم مدرسية لعدد طفل	
4. دفعات دعم الطفل المقررة لأطفال غير مقيمين معك	
5. نفقات أخرى مرتبطة بالأطفال (قم بسردها):	
6. إجمالي نفقات رعاية الأطفال الشهرية (أضف الأسطر من 1 إلى 5 أعلاه)	
ه. المواصلات	
1. قسط أو إيجار السيارة	
2. التأمين	
3. الرخصة	
4. الوقود والصيانة الروتينية	
5. موقف السيارات	
6. أخرى (قم بتحديدها)	
7. إجمالي نفقات المواصلات الشهرية (أضف الأسطر من 1 إلى 6 أعلاه)	

4. بيانات النفقات الشهرية (متابعة)	
و. الملابس	
1. ملابس العمل	
2. ملابس أخرى	
3. إجمالي نفقات المواصلات الشهرية (أضف الأسطر من 1 إلى 2 أعلاه)	
ز. الرعاية الصحية	
1. أقسطان التأمين الطبي وتأمين أمراض الأسنان.	
2.رعاية أمراض الأسنان وتقويم الأسنان والرعاية الطبية ورعاية أمراض العيون غير المشمولة بالتأمين	
3.نفقات الرعاية الصحية الأخرى غير المشمولة بالتأمين (قم بسردها):	
4. إجمالي نفقات الرعاية الصحية الشهرية (أضف الأسطر من 1 إلى 3 أعلاه)	
ح. النفقات الشخصية	
1. العناية بالشعر/العناية الشخصية	
2. التعليم	
3. الكتب والصحف والمجلات	
4. أخرى (قم بسردها)	
5. إجمالي النفقات الشخصية الشهرية (أضف الأسطر من 1 إلى 3 أعلاه)	

ط. النفقات والمدفوعات الشهرية الأخرى

تدفع إلى	رصيد الدين	الرصيد الشهري
.1		
.2		
.3		
.4		
.5		
.6		
.7		
.8		
.9		
.10		
11. إجمالي النفقات والمدفوعات المتكررة الأخرى (أضف الأسطر من 1 إلى 10 أعلاه)		

4. بيانات النفقات الشهرية (متابعة)	
ك. إجمالي النفقات الشهرية	
1. قم بإضافة جميع أسطر **الإجمالي** في قسم بيانات النفقات الشهرية أ حتى ط.	
2. حصتك من إجمالي النفقات الشهرية من سطر 1 أعلاه (الإجمالي من سطر 1 أعلاه مخصوماً منه المساهمات/الإعانات من أي طرف آخر غير الزوج/الزوجة)	

5. إقرار	
أقر أنا، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بموجب قانون ولاية واشنطن، أن جميع المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج صحيحة وكاملة إلى أقصى حد تسمح به معرفتي. أنا أدرك أنه يجوز لولاية واشنطن مقاضاتي بتهمة التزوير لأي بيان خطأه عن عمد بتمثيل غير صحيح. أنا أدرك أن بياناتي خاضعة للتحقق من صحتها من قبل وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية.	
التوقيع	التاريخ